5

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — THÈSE — N° 242

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 2 Mai 1906, à 1 heure

PAR

Urbain FAU

Essai sur L'ATRÉSIE SÉNILE DU VAGIN

Président : M. RECLUS, *professeur*

Juges { MM. PINARD, *professeur*
BLANCHARD, *professeur*
RICHAUD, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
BONVALOT-JOUVE
15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — THÈSE — N° 242

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 2 Mai 1906, à 1 heure

PAR

Urbain FAU

Essai sur L'ATRÉSIE SÉNILE DU VAGIN

Président : M. RECLUS, *professeur*

Juges { MM. PINARD, *professeur*
BLANCHARD, *professeur*
RICHAUD, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
BONVALOT-JOUVE
15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDÉAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat.
BROCA (ANDRÉ	GOUGET	MAILLARD	
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le sujet de notre thèse, c'est pour nous un devoir de rendre hommage aux maîtres qui ont contribué à notre formation médicale en nous donnant le plus précieux de tous les biens : leur enseignement.

A Clermont-Ferrand où nous avons fait nos trois premières années d'études, MM. les professeurs Du Cazal et Bousquet nous ont initié aux difficultés de la clinique. MM. les professeurs Maurin, Planchard, Dieulafé, Billard, Bide, Lepetit, qui tous ont guidé nos premiers pas dans les sciences médicales ont droit aussi à notre profonde gratitude.

Nous devons un souvenir particulier aux Dr Maurin, Pojolat et Planchard, dont nous fûmes l'interne à l'Hôtel-Dieu.

A Paris nous avons suivi le service du Dr Comby à qui nous devons toutes nos connaissances de clinique et de thérapeutique infantiles.

M. le Dr Aubeau dont nous sommes l'assistant depuis un an, après nous avoir guidé dans le choix du sujet de thèse, nous a aidé de ses conseils et fourni des documents. Qu'il reçoive ici l'assurance

de notre entière reconnaissance et de notre sincère attachement.

Nous n'aurons garde d'oublier le Dr Jayle, chargé de la consultation de gynécologie à l'hôpital Broca ; il nous a reçu dans son service et communiqué la plupart de nos observations. Nous l'en remercions bien sincèrement.

Nous adressons enfin à M. le professeur Reclus l'hommage de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Essai sur l'Atrésie Sénile du Vagin

INTRODUCTION

Dans la pathologie de la sphère génitale de la femme, le chapitre des maladies du vagin et surtout la question de ses atrésies et de ses sténoses est maintenant assez complètement traitée. Il y a cependant une particularité dont il nous a paru intéressant d'aborder l'étude pour en faire le sujet de notre thèse, c'est l'atrésie vaginale que l'on rencontre chez les femmes après la ménopause.

Cette atrésie est nettement distincte d'abord des anomalies qui sont la conséquence d'un arrêt de développement pendant la vie embryonnaire et qui consistent dans des cloisonnements complets ou incomplets du vagin.

Elle ne doit pas non plus être confondue avec les rétrécissements accidentels, consécutifs à des lésions traumatiques des parois du vagin produites pendant le travail ou en dehors de l'accouchement par l'in-

termédiaire de pessaires ou d'autres corps étrangers, ou bien pouvant survenir encore à la suite d'opérations gynécologiques, par exemple l'ablation de polypes vaginaux et aussi à la suite de cautérisations trop profondes ou trop prolongées faites dans un but thérapeutique.

L'atrésie sénile doit encore être distinguée des oblitérations que peuvent produire certaines infections microbiennes comme les affections puerpérales septiques ou les maladies infectieuses chroniques : tuberculose, syphilis, gonorrhée, cancer.

Toutes ces causes que nous venons d'énumérer, en effet, agissent d'une manière différente suivant leur intensité, leur point d'application. Rien de plus variable que la forme des rétrécissements cicatriciels et même des rétrécissements congénitaux ; rien de plus variable que leur siège. Le rétrécissement sénile au contraire possède une symptomatologie à peu près identique dans tous les cas. C'est cette étude que nous allons exposer en détail. Nous ferons d'abord l'historique de la question ; nous nous étendrons ensuite sur les divers points que peut soulever cette étude, principalement sur la symptomatologie, la pathogénie et le traitement.

HISTORIQUE

L'étude de l'atrésie sénile a été commencée depuis peu de temps.

Hildebrandt et Neugebauer dans leurs écrits parus vers 1860-1866 font une description sommaire de ce processus cicatriciel.

Neugebauer (1) voudrait l'appeler « colpitis limaterica ulcerosa obliterans », ce qui dépeint assez bien cette affection.

Dans les communications françaises faites en 1876 et 1885 à la Société de Chirurgie de Paris (2) sur les atrésies du vagin il n'est pas fait mention des atrésies dues à la sénilité.

Lyon J.-J. (3), (thèse de Paris, 1888), effleure le sujet : il signale le fait sans en faire la description.

Pozzi, dans son *Traité de Gynécologie* (4) s'exprime ainsi : « Il est une cause rare de rétrécissement

---

1. Neugebauer. « Abb cuntribution to knowledge of atresiæ vaginæ », *Gazlek Wenzawa*, 1866.

2. *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1876 et 1885.

3. Lyon J.-J. Thèse de Paris, 1888.

4. Pozzi. *Traité de Gynécologie*, 1890.

vaginal qui porte son action presque exclusivement sur la partie supérieure du canal, au voisinage du col : c'est l'atrophie sénile. Le canal se rétrécit, devient infundibuliforme et au fond du cône qu'il forme on arrive avec peine sur un col atrophié ».

Dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie,* Fournier et Crozon (1) rapportent un cas de rétrécissement du tiers supérieur du vagin dont la régularité « ne permet pas de croire qu'il est cicatriciel ».

Ils ajoutent que des rétrécissements de cette nature survenant chez des femmes âgées ont été mentionnés par Delbet (2) et aussi par Pinard qui leur a déclaré en avoir observé trois ou quatre cas.

Mention en est faite également dans la thèse de Retière (3).

---

1. Fournier et Crozon. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1901.
2. Delbet. *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus.*
3. Retière. Thèse de Paris, 1902.

SYMPTOMES

On comprend que le tableau symptomatique du rétrécissement vaginal sera très différent suivant que l'atrésie sera serrée ou peu accentuée.

Prenons les cas simples et supposons un rétrécissement en voie de formation. Au début, alors qu'ils sont peu serrés, ces rétrécissements ne provoqueront pas de symptômes subjectifs. Ils seront des trouvailles du médecin ou du chirurgien qui examineront les malades et feront l'exploration vaginale dans le but de se renseigner sur l'état de l'utérus. C'est ce que nous montrent plusieurs observations que nous avons relevées où l'atrésie n'était signalée qu'accessoirement, comme un symptôme un peu spécial mais n'ayant en rien déterminé la malade à venir demander du soulagement.

Ces cas-là, par conséquent, doivent souvent passer inaperçus. Seul l'examen physique peut les révéler. Les observations suivantes en sont la preuve :

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance du Dr Jayle.)

D..., femme C..., soixante-trois ans, vient à la consultation le 1er mars 1906.

Antécédents utérins. — Première et seule grossesse à dix-neuf ans ; travail lent mais normal ; pertes blanches quelque temps après, très légères.

Réglée à treize ans ; règles régulières, non douloureuses ; ménopause à cinquante-trois ans sans troubles d'aucune sorte.

Symptômes locaux. — La malade ressent, après s'être fatiguée, une douleur du côté du rectum s'irradiant vers les reins et rendue plus vive par les efforts de défécation.

Examen physique. — Hémorroïdes, commencement de kraurosis vulvæ. Orifice vulvaire pâle, grandes lèvres flasques et non réductibles ; petites lèvres confondues avec les grandes lèvres. Le capuchon du clitoris est normal ainsi que le clitoris. L'orifice vulvaire présente une teinte blanc-jaunâtre.

La muqueuse de la région est sèche et la malade se plaint à ce niveau de sensation de cuisson.

Le contact éveille une certaine sensibilité. Le col est petit,

dur. Sur la lèvre antérieure existe une petite tache ecchymotique comme une tête d'épingle. La paroi vaginale au niveau des culs-de-sac présente de petites taches ecchymotiques. En arrière on sent un repli falciforme qui efface le cul-de-sac postérieur et dont le bord tranchant remonte au niveau de la lèvre postérieure du col sans la couvrir. L'utérus est sensiblement en bonne position, un peu dévié à gauche, peu atrophié.

L'état général est bon ; à signaler des cheveux remarquablement blancs ; elle a commencé à avoir des cheveux blancs à vingt-quatre ans, à quarante ans elle était toute blanche.

Ptose viscérale ; cœur parfait.

On lui donne un traitement pour ses hémorroïdes qui sont la principale cause de ses malaises ; quinze jours après, amélioration notable sous tous les rapports.

OBSERVATION II (Personnelle. Résumée).

(Mars 1904. — Service du Dr Pojollat.)

Il s'agit d'une femme venue à la consultation parce que son ventre grossissait.

Femme de cinquante-cinq ans ; trois grossesses normales, réglée tardivement ; règles irrégulières au début ; ménopause à quarante-six ans ; aucune perte.

Le palper abdominal ne fournit pas de renseignements bien précis ; ptose viscérale, éventration, constipation ; on ne sent pas de tumeur.

Au toucher on trouve un utérus fibromateux, légèrement augmenté de volume ; le fond du vagin est très rétréci, à envi-

ron 3 centimètres du col ; on pouvait à peine arriver sur le col.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance du Dr Jayle, 15 avril 1905).

Mlle Rose A..., cinquante-deux ans.

Huit accouchements tous normaux ; pas de fausses couches.

Réglée à treize ans ; dernières règles à quarante-trois ans. Ne souffre pas dans le ventre ; pas de pertes.

Examen. — Périnée effondré ; la malade vient à la consultation pour un peu de prolapsus. Grandes lèvres sont de dimensions normales mais plus dures ; plaques leucoplasiques sur les petites lèvres.

Au toucher on sent que le vagin est lisse ; il donne une impression un peu parcheminée. Le col de l'utérus est très effacé. Les culs-de-sac n'existent plus. Sur la droite il existe une bride vaginale allant du col au vagin, comme il arrive souvent au col des femmes âgées. Le corps de l'utérus est petit et en rétroversion.

Au spéculum on voit que l'orifice utérin est un peu rouge, petit ; les culs-de-sac sont peu profonds et à droite il n'existe plus. La partie supérieure du vagin est plus rosée que la partie inférieure. On constate aussi l'existence d'un repli falciforme postérieur.

OBSERVATION IV (Résumée. Personnelle, mars 1904.)

Femme de cinquante-huit ans ; n'a jamais eu d'enfants, entre pour kyste de l'ovaire.

L'hymen est peu déchiré. Rétrécissement du fond du vagin suffisamment serré pour empêcher le doigt d'arriver sur le col de l'utérus.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance du Dr Jayle, 4 mai 1901.)

B..., femme D..., âgée de cinquante-six ans.

A eu quatre grossesses normales.

Réglée à treize ans et demi, très bien réglée ; ménopause à quarante-huit ans.

Depuis six mois environ elle souffre dans le vagin ; pas de pertes ; elle dit qu'elle sent une tumeur dans le bas-ventre.

Examen. — Utérus abaissé, col court ; les culs-de-sac sont diminués de profondeur. L'utérus très difficile à atteindre semble augmenté de volume ; il est peu mobile et déborde surtout à gauche.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance du Dr Jayle, 14 juillet 1901.)

Mme M..., cinquante-deux ans.

Dix grossesses, dont neuf menées à termes ; une fausse couche de deux jumeaux.

Réglée à onze ans et demi ; règles régulières mais douloureuses ; dernières règles il y a cinq mois.

Elle est venue à la consultation parce qu'elle éprouve une douleur dans le bas-ventre sur la ligne médiane ; il lui semble que quelque chose se déplace; ces douleurs apparaissent au moindre effort.

A noter quelques palpitations, des insomnies et des bouffées de chaleur.

Examen. — Atrophie du vagin qui a la forme d'un sablier. Cystocèle et rectocèle; léger degré de métrite.

Dans les cas où le rétrécissement est plus accentué et empêche le libre écoulement des liquides normalement sécrétés par l'utérus il survient pour ainsi dire une inflammation de la partie du vagin qui se trouve au-dessus de l'obstacle et consécutivement de la métrite. La stagnation des produits muqueux avorise en effet l'infection. Nous aurons dès lors un symptôme important : le catarrhe utéro-vaginal.

La malade se plaint de perdre en abondance un liquide qui empèse un peu le linge. Sans odeur, l'écoulement est tantôt incolore, tantôt et plus fréquemment il est légèrement puriforme. Parfois il y a des stries sanguinolentes.

Il ne provoque aucune douleur locale. Cependant s'il cesse de se produire à un certain moment la malade peut ressentir de la douleur du ventre et quelques coliques. Ces phénomènes disparaissent brusquement dès que l'écoulement se rétablit et dans ces circonstances il se reproduit subitement avec une grande énergie. On dirait que le liquide sécrété d'une façon continue s'est accumulé dans le vagin supérieur sous l'influence d'une exagération de l'obstacle puisqu'il s'est subitement écoulé au

dehors sous l'influence des contractions utérines ou de la tension résultant de son accumulation même.

L'abondance du liquide dépend souvent de l'état de fatigue ou de repos. Bien des femmes ne perdent pas étant couchées sur le dos. Mais dès qu'elles se lèvent et qu'elles marchent un flot de liquide séreux ou séro-purulent s'écoule le long des cuisses. Nous publions une observation intéressante à ce point de vue ; il s'agit d'une femme atteinte de tabes.

L'examen physique de ces sortes de rétrécissements est le suivant : à 6 ou 7 centimètres de la vulve le doigt qui explore rencontre une résistance opposée par une membrane dure, rigide. On arrive difficilement sur le col. En examinant de plus près on voit que la membrane est placée à la façon d'un diaphragme vers la partie supérieure du vagin et de préférence à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur. Les culs-de-sac sont effacés, comblés quelquefois par du tissu cicatriciel qui a resserré leurs parois.

Dans les cas en évolution le bout du doigt peut arriver sur le col ; plus tard il y aura seulement place pour une grosse sonde et le doigt explorateur ne trouvera qu'un tout petit orifice au fond d'une dépression infundibuliforme.

OBSERVATION VII (Personnelle).

Mme G..., cinquante-six ans, 15 novembre 1905.

Antécédents héréditaires. — Père mort à trente-huit ans de pneumonie ; aurait été alcoolique. Mère encore vivante. N'a pas eu de frère ni de sœur.

Antécédents personnels. — Rougeole et scarlatine avant l'âge de dix ans. Réglée à quinze ; règles irrégulières, peu abondantes au début ; fréquentes migraines à cette époque. Mariée à dix-neuf ans, quatre grossesses menées à terme et terminées normalement. Le dernier accouchement fut plus pénible que les autres, mais il n'y eut pas d'application de forceps ni d'intervention d'aucune sorte.

Elle se sépare de son mari vers l'âge de quarante ans ; ménopause à quarante-deux ans ; légers malaises dans les années qui suivirent à peu près semblables, dit-elle, à ceux qu'elle éprouva quand elle était jeune fille.

Depuis la ménopause elle est devenue éthylique.

L'état général de la malade est satisfaisant ; elle est un peu amaigrie ; rien au cœur ni aux poumons ; pas de troubles du système nerveux sauf quelques insomnies ; léger degré de gastriste ; le foie ne semble pas augmenté ni diminué de volume. Les artères sont dures, athéromateuses.

Elle vient consulter parce que depuis quelque temps elle a des pertes blanches. Ces pertes sont peu abondantes et pas douloureuses.

Examen local. — L'entrée du vagin est normale. Lorsque le doigt a pénétré de quelques centimètres, il vient butter contre une paroi dure donnant la sensation d'un tissu fibreux. Le col

de l'utérus n'est pas directement accessible ; on sent qu'il existe un espace entre le col et le plan résistant qu'on a sous le doigt.

Le spéculum n'est introduit qu'à demi, on a sous les yeux une dépression en entonnoir au centre de laquelle se trouve un orifice arrondi d'un diamètre de 1/2 centimètre environ. La sonde cannelée le franchit facilement et arrive sur le col de l'utérus.

OBSERVATION VIII (Personnelle).

A... Alphonsine, cinquante-huit ans.

Antécédents utérins. — Mariée à vingt-cinq ans, a eu deux enfants à l'âge de vingt-six et vingt-neuf ans.

Le premier accouchement fut pénible mais ne nécessita pas d'intervention. Au dire de la malade elle fut déchirée par le passage de la tête fœtale qui était assez volumineuse ; elle eut des pertes jaunes dans la suite. Le deuxième accouchement fut normal ; l'enfant fut hydrocéphale et mourut à l'âge de cinq ans.

Jamais de fausse couche.

Jamais de pertes jaunes ou blanches avant son mariage. Après son premier accouchement elle eut des pertes jaunâtres et un médecin qui la vit à ce moment-là la soigna pour une métrite. Ces pertes n'étaient pas douloureuses.

Règles. — Premières règles à vingt ans ; peu abondantes, régulières ; durée deux à trois jours ; les règles n'étaient pas douloureuses et la malade pouvait toujours vaquer à ses occupations.

Après ses accouchements les règles furent normales ; méno-

pause à cinquante ans. N'aurait pas eu de rapports depuis l'âge de quarante-deux ans.

Symptômes locaux. — La malade est venue consulter pour des pertes blanches. Très abondantes après sa première grossesse ces pertes avaient presque disparu par la suite, mais après la ménopause elles deviennent plus abondantes. Depuis quelques mois elles ont encore augmenté. Ces pertes n'ont pas d'odeur ; elles sont continues mais plus abondantes pendant la marche et la station debout. Elles sont irritantes et s'accompagnent de phénomènes douloureux.

La malade en effet se plaint de douleurs très vives, très intenses, de courte durée qui ont apparu deux ou trois ans avant la ménopause. Leur siège est l'abdomen. Tout d'abord elles n'apparaissaient que deux ou trois fois par an ; mais depuis le mois d'août 1905 ces douleurs sont devenues moins vives, plus fréquentes, presque continues. Leur maximum est dans le bas-ventre avec irradiations dans les reins, vers le rectum surtout (la malade accuse de la pesanteur sur cet organe) ; le repos les calme sans les supprimer complètement.

Il ne semble pas qu'il existe des symptômes d'insuffisance ovarienne; cependant il faut noter quelques bouffées de chaleur après le repas, diminution de la mémoire, léger amaigrissement.

Symptômes généraux. — Appareil cardiaque et pulmonaire rien d'anormal.

Urines normales comme volume ; quelquefois miction difficile et douleur en urinant. L'appareil digestif est en assez bon état ; pas de renvois, pas d'aigreurs ; très constipée ; glaires et peaux dans les matières.

Pas de modifications sensibles de la voix et de la vue ; l'ouïe est devenue difficile depuis quelque temps.

Du côté du système nerveux et de l'appareil locomoteur nous trouvons toute une série de symptômes importants : myosis, signe d'Argyll-Robertson ; crises viscérales, douleurs fulgurantes ; abolition des réflexes rotuliens et achilléens, incoordination, impossibilité de se guider pendant la nuit, etc., etc. Tous ces signes ne permettent pas d'hésiter sur le diagnostic : il s'agit d'une ataxie locomotrice.

L'état général est satisfaisant : ni fièvre ni frisson ; pas d'amaigrissement notable.

Examen. — Pertes abondantes comme le prouve l'examen du tampon que l'on avait placé la veille ; coloration jaune verdâtre.

Vulve largement ouverte ainsi que la partie inférieure du vagin ; périnée déchiré.

La lèvre antérieure du col n'est pas accessible. Les culs-de-sac antérieur et latéraux n'existent plus ; il s'est formé un bourrelet fibreux, allant du col aux parois vaginales ; la lèvre postérieure du col est encore accessible mais ne tardera pas à être envahie par le processus cicatriciel.

OBSERVATION IX (1)

(Publiée par le Dr Hamonic.)

Mme E..., C... sans profession, âgée de quarante-huit ans, a été

1. Thèse de Lyon J.-J. Paris, 1888.

soignée par le Dr Hamonic pour une endométrite hémorragique et un petit polype muqueux de l'utérus.

Voici d'ailleurs les termes de cette observation que nous citons *in extenso :*

« Nous avons pratiqué le curage utérin et nous avons extirpé la petite tumeur bien pédiculée à l'aide du serre-nœud.

La guérison s'en est suivie ; les règles ont absolument cessé.

A ce moment le passage du vagin était parfaitement libre ; il était cependant assez difficile d'atteindre le col utérin avec le Fergusson.

A l'aide du doigt on sentait une sorte d'anneau situé au niveau du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs du vagin. Cet anneau était facilement dépressible et il fallait une exploration minutieuse pour le percevoir.

Nous avons continué à soigner la malade pour diverses indispositions.

De temps à autre nous pratiquions le toucher vaginal et nous constations toujours l'existence de cette sorte d'anneau à peine sensible. Impossible d'en saisir la cause ; jamais d'inflammation locale, jamais de cautérisations ni de maladies du vagin.

A la fin de 1884 en décembre, la malade perd par le vagin un liquide louche, gluant, très irritant et très fétide. De temps en temps il tient en suspension quelques stries de sang.

Dans certains moments le liquide s'écoule à flots puis s'arrête « comme si quelque chose se vidait » dit la malade. Nous remarquons de l'érythème des cuisses et du sillon interfessier ; il y a vulvite légère et prurit vulvaire. Au toucher, on tombe sur une bride circulaire en forme de diaphragme, très dure, à bord tranchants et qui n'admet pas la pulpe de l'index.

Avec le spéculum en buis et par la distension des parois on tend cette sorte de diaphragme qui empêche absolument de voir le col utérin et d'explorer les culs-de-sac.

Une sonde cannelée s'y engage facilement ; une sonde de femme éprouve beaucoup de difficultés pour franchir l'angustie.

La malade éprouve à ce moment une impression douloureuse vive.

Nous proposons le débridement de cette sorte de diaphragme ; la malade est opérée le 28 décembre 1884 sans être soumise au chloroforme.

La malade installée sur le lit à spéculum nous introduisons un gros spéculum en buis à l'aide duquel on distend le plus possible les parois vaginales.

Le diaphragme est ainsi parfaitement tendu. Avec le bistouri boutonné nous faisons un débridement cruciforme en haut et en bas, à droite et à gauche.

Il y a peu de sang et pas de douleur.

Dès que la bride est largement sectionnée nous introduisons l'index droit dont la sortie est suivie de l'expulsion de liquide purulent et horriblement fétide. On sent très bien le col utérin qui n'est pas altéré.

Lavage boriqué avec l'irrigateur et bourrage du vagin à sa partie postérieure avec des tampons iodoformés.

3 janvier 1885. — Pansement. Les tampons ne sentent pas mauvais ; il y a peu de sanie purulente entre l'utérus et le rétrécissement.

Nouveau lavage et nouveau pansement, 8 janvier. On supprime tout pansement en ne faisant que des injections boriquées. Guérison.

15 janvier 1885. — La malade n'a rien perdu depuis le 8 janvier.

En juillet 1885 nous revoyons la malade ; le rétrécissement tend à se former de nouveau. Dilatation à l'aide du spéculum à grandes valves ; il s'écoule un peu de sang par suite de légères éraillures du vagin.

En janvier 1887 l'état est excellent ; on sent toujours le rétrécissement mais le doigt arrive très facilement sur le col utérin.

Pas d'écoulement purulent ou autre, d'ailleurs la santé générale est parfaite.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance du Dr Jayle).

Mme M..., cinquante-cinq ans ; 30 mars 1900. Quatre enfants ; accouchements normaux.

Réglée à quinze ans ; règles régulières, non douloureuses.

A quarante-neuf ans très grandes irrégularités, voyait tous les deux ou trois mois.

Deux ans après, suspension pendant treize mois. Au bout de ce temps-là pertes sanguinolentes assez abondantes pendant quatre à cinq jours, qui se reproduisirent de temps en temps environ tous les deux ou trois mois.

Depuis deux ans suintement sanguinolent continu. Quelquefois c'est de l'eau roussâtre qui s'écoule.

Il y a un mois elle a ressenti une douleur sourde dans le bas-ventre, une sorte de poids dit-elle ; en même temps elle s'est aperçue d'une légère augmentation du ventre.

Au toucher on trouve un rétrécissement de la partie supérieure du vagin ; utérus fibromateux.

Envisageons à présent les rétrécissements très serrés, les atrésies complètes. Nous aurons des symptômes complètement différents. Que l'orifice cicatriciel en effet se rapetisse, se ferme : nous aurons accumulation des liquides normalement sécrétés par l'utérus ; l'obstacle que forme la cloison nouvelle en empêchera le libre écoulement. Il y aura dès lors une poche vaginale contenant les liquides provenant de la sécrétion incessante de l'utérus ; consécutivement il y aura distension de l'utérus lui-même, il y aura de l'hydrométrie.

Cette rétention n'ira pas sans quelques désordres par suite de la distension des parois de la partie supérieure du vagin et aussi des parois utérines. La femme éprouvera de la gêne, de la pesanteur dans le bas-ventre, quelquefois des douleurs s'irradiant dans tout le petit bassin, vers les cuisses et la région lombaire.

Le palper abdominal permettra de constater la présence d'une tumeur siégeant sur la ligne médiane, de consistance dure remontant plus ou moins haut au-dessus du pubis.

Par le toucher doublé du palper on pourra localiser cette masse, apprécier le degré de tension des liquides contenus dans son intérieur en même temps que le doigt explorateur du vagin reconnaîtra la présence d'une cloison placée de champ devant le col de l'utérus, quelquefois faisant corps avec lui.

C'est ce que nous montre l'observation IX et aussi la suivante publiée dans la *Finska Lakaresallskapets Handlingar*, 1898.

OBSERVATION XI (1)

(Traduction due à l'obligeance du Dr danois Hauch.)

« Il s'agit d'une vierge de soixante-cinq ans qui depuis plusieurs années a eu des troubles urinaires, et surtout un gonflement de l'abdomen qui a disparu subitement après l'écoulement d'une quantité considérable de liquide que la malade estime de 4 litres. Ce fait se serait produit à deux reprises.

« Actuellement elle vient parce que, dit-elle, la même chose recommence.

« Les troubles subjectifs qu'elle éprouve consistent surtout dans de la difficulté pour l'émission des urines et un peu de gêne et de pesanteur dans le bas-ventre.

« On trouve une assez grosse tumeur de l'abdomen qui remonte au-dessus de l'ombilic.

« En faisant le toucher vaginal on trouve l'hymen intact, le vagin très étroit avec tous les signes d'une vaginite chronique :

« Vers la partie supérieure du vagin le doigt explorateur arrive sur une cloison transversale ; il suffit d'un effort peu considérable pour la rompre et arriver dans une grande cavité remplie de liquide. Ce liquide s'écoule en grande abondance, 5 litres environ.

---

1. Otto Engstrôm. *Finska Lakaresallskapets Handlingar*, 1898.

« La tumeur de l'abdomen a dès lors disparu. La cavité maintenant vide est formée par la partie supérieure du vagin distendue et aussi par l'utérus. Cependant le corps et le col sont médiocrement distendus ; on trouve 9 à 10 centimètres de longueur et 5 à 6 de largeur.

« Dans le liquide on trouve des corpuscules sanguins, des cellules épithéliales et des détritus.

« On arrive très facilement à guérir la malade et on n'a pas de récidive.

« L'atrésie est ici commencée après la ménopause. Cette femme n'a jamais accouché, jamais été traitée par des médicaments caustiques dans le vagin, jamais été opérée. Alors la maladie est due à une vaginite. Elle a depuis longtemps souffert de pertes blanches et on voit à présent les signes certains d'une vaginite sénile, adhésive, ulcéreuse. Le liquide qui se trouvait au-dessus de la cloison est dû à la sécrétion de l'utérus et de la partie malade du vagin. Mais dans certains cas, on trouve le vagin collé avec le cervix de l'utérus ; cette adhésion s'étend de haut en bas et le liquide s'échappe alors par un petit trou qui continue le canal cervical de l'utérus. »

En résumé Otto Engstrœm rapporte un cas d'atrésie complète du vagin qu'il attribue à une vaginite sénile. La cloison qui fermait le vagin n'était pas bien résistante puisque le doigt a suffi pour la rompre, mais néanmoins suffisamment solide pour retenir une grande quantité de liquide au-dessus d'elle et dont la tension était augmentée par les contractions utérines. Deux fois le liquide avait

vaincu la résistance de cette cloison, deux fois il s'était vidé par les voies naturelles.

Cette observation nous montre exactement ce qu'est l'atrésie complète lorsque le processus cicatriciel a acquis son complet développement. C'est le tableau de ce qui se passe quelquefois à l'époque de la puberté lorsqu'il y a imperforation de l'hymen et que le sang des règles et les mucosités viennent s'accumuler au-dessus de l'obstacle congénital.

PATHOGÉNIE

Pour comprendre de quelle manière agissent certaines causes de rétrécissement du vagin, par exemple les traumatismes ou les brûlures, il n'est pas besoin d'explications ; il n'en est pas de même du rétrécissement que nous venons d'étudier. La question est très complexe d'où la nécessité de se tenir sur le terrain des hypothèses.

Nous trouvons dans Pozzi que l'on n'observe ce rétrécissement que chez les femmes qui n'usent pas du coït (1). Il est certain que tout organe qui ne fonctionne plus s'atrophie ; ceci résulte d'une observation constante de faits bien mis en relief par les physiologistes et les naturalistes, ce qui a fait élever cette assertion au rang d'un principe. Cependant on trouve beaucoup de femmes âgées qui n'ont pas eu de rapports sexuels depuis nombre d'années et qui n'ont pas d'atrésie vaginale. Le coït peut dans certains cas retarder ce rétrécissement, le dilater au besoin ; mais ce n'est pas la suppression de la fonction physiologique qui peut le produire ; à notre

---

1. Pozzi. *Traité de gynécologie*, 1890.

avis il y a une cause efficiente de cette transformation : cette cause est la sénilité.

Qu'est-ce que la sénilité ?

Le mot sénilité est un terme médical récemment passé dans la langue courante. On trouve dans la langue latine, le qualificatif *senilis*, mais il n'existait pas de substantif correspondant. Le Dictionnaire de l'Académie de 1835 contient le mot sénile mais ne contient pas le mot sénilité. Celui-ci n'est introduit dans la langue que vers la dernière moitié du XIXe siècle. Littré le regarde comme un néologisme.

Puis ce mot fut très employé et perdit son acception première en sorte que ni le Dictionnaire de Jaccoud ni celui de Dechambre ne consacrent d'article au mot sénilité. Il est devenu le synonyme de vieillesse ce qui est une grave confusion ; les deux termes ne sont pas équivalents ; ils désignent chacun une chose différente ; comme le dit Cicéron dans son *De senectute*, il faut distinguer la vieillesse de l'état sénile.

M. Létienne (1), à qui nous empruntons la plupart des idées contenues dans ce chapitre s'exprime ainsi : « La vieillesse, état physiologique, manque de la régénération qui est la caractéristique des premiers âges de la vie. La sénilité, état pathologique, est l'aboutissant d'une infinité de causes altérantes. La passivité de la première contraste avec l'activité de la seconde »...

---

1. A. Létienne. *Presse médicale*, 31 janvier 1906.

« La sénilité est un ensemble extrêmement complexe. Elle résulte de l'action concomitante de maladies enchevêtrées, d'effet continu, de marche lente ; maladies toujours frustes, innomées, mal appréciables, indéfinissables pour le malade comme pour le médecin. Nous ne pouvons leur donner un nom que quand les manifestations portent sur un organe déterminé. Nous lisons alors cette signature, sans voir souvent qu'elle n'est qu'un nom d'emprunt et nous nous réjouissons de nous retrouver dans le cadre nosologique qui nous est familier, où notre mémoire trouve branche pour se poser et où notre esprit s'endort. L'artério-sclérose est pour nous un de ces sûrs refuges. »

Ainsi que le fait prévoir M. Etienne, il est assez difficile de démêler les causes de la sénilité. Cependant il est assez généralement admis que les altérations séniles sont dues à une cause commune qui est l'altération des vaisseaux sanguins. Ces lésions sont assez connues tant au point de vue microscopique qu'au point de vue clinique. Tous les traités font mention des artères dures, athéromateuses, en tuyau de pipe, dont les couches musculaires ont été peu à peu remplacées par du tissu fibreux moins élastique. Dès lors les cellules nobles de l'organisme reçoivent un apport sanguin moins considérable, elles s'atrophient, elles perdent leur rôle et la fonction de l'organe en est lésée d'autant.

Quant à la production de tissu fibreux plutôt dans un organe que dans un autre, elle sera également

difficile à expliquer ; chacun réagit devant les atteintes de la sénilité, suivant son individualité propre. C'est ce qui explique la diversité des allures de la sénilité. Ainsi en est-il d'ailleurs dans beaucoup d'affections. Ne voyons-nous pas dans les cas d'asystolie un organe plutôt atteint qu'un autre par la stase sanguine que le muscle cardiaque fatigué ne peut empêcher ?

DIAGNOSTIC

Le diagnostic symptomatique de l'atrésie sénile n'offre pas de difficultés : il sera plus difficile de faire le diagnostic causal.

Pozzi (1) dit dans son *Traité de gynécologie* qu'il est quelquefois difficile de distinguer les cas de ce genre des rétrécissements cicatriciels ou cancéreux. C'est qu'en effet dans les cancers du col de l'utérus la propagation se fait de proche en proche ; le néoplasme envahit le cul-de-sac vaginal au voisinage duquel il a débuté « comme le cancroïde de la lèvre envahit la peau du menton » (Duplay et Reclus, t. VIII) (2). Il se produit dès lors une sorte de traction sur les parois du vagin qui peut donner à cet organe l'aspect infundibuliforme que nous avons signalé dans les atrésies séniles.

Les caractères des rétrécissements cicatriciels et cancéreux qui sont les plus susceptibles de mettre sur la voie du diagnostic sont les suivants : les rétrécissements cicatriciels sont irréguliers, de conforma-

---

1. Pozzi. *Loc. cit.*, in *Traité de gynécologie.*
2. Duplay et Reclus. *Traité de chirurgie.*

tion variable ; ils n'intéressent qu'une portion de la paroi vaginale, tantôt dans le sens longitudinal, tantôt dans le sens transversal. De plus ils peuvent être multiples. Des signes nettement opposés appartiennent à l'atrésie sénile, qui est unique, circulaire, lisse, régulière et qui siège à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur.

Quant au rétrécissement consécutif à l'envahissement des culs-de-sac par un épithélium du col, il possède un certain nombre de symptômes qui par leur réunion permettront d'être très affirmatif et d'éviter une confusion.

Neuf fois sur dix, c'est l'hémorragie qui ouvre la marche. Lorsque ces hémorragies surviennent chez des femmes qui ne sont plus réglées elles sont souvent prises pour un retour de la menstruation. Le plus souvent elles se produisent sans cause appréciable, quelquefois après un effort ou à la suite du coït ; leur abondance est variable et dépend de la forme du néoplasme : très abondantes dans les formes végétantes et ulcéreuses, elles sont dans d'autres cas très minines au point d'être confondues avec des règles normales.

Un autre symptôme c'est un écoulement continu, roussâtre, d'odeur infecte, que l'on compare communément à de la lavure de chair ou à de la raclure de boyaux.

Enfin les femmes se plaignent (mais c'est là un symptôme tardif qui n'apparaît qu'après l'envahissement du tissu cellulaire sous-jacent et par consé-

quent offre un moindre intérêt) de douleurs très vives se produisant sans cause, durant le jour et la nuit, s'irradiant vers l'anus, les cuisses et les reins.

Une femme qui accuse ces signes subjectifs sera suspecte : l'examen physique viendra lever les doutes. Les épithéliomas se présentent en effet, sous forme de masses bourgeonnantes, mollasses, saignant très facilement. De plus, la base sur laquelle repose l'ulcération est une surface dure, résistante, dont les contours sont vagues et mal délimités.

Les rétrécissements séniles offrent parfois une certaine résistance au toucher, mais jamais nous n'avons cette sensation de masses fongueuses et molles laissant des stries sanguinolentes sur le doigt qui vient d'explorer. C'est là un caractère nettement différentiel.

D'autre part les symptômes subjectifs n'existent pas toujours et quand ils existent ils sont moins marqués ; il n'y a pas à proprement parler d'hémorragies ; l'écoulement n'a pas cette odeur fade si connue des écoulements cancéreux et la pesanteur dans le bas ventre n'est en rien comparable aux douleurs aiguës, continuelles qui viennent à un moment donné compléter le tableau si nettement symptomatique des néoplasmes du col de l'utérus.

D'ailleurs l'évolution sera tout à fait différente et un second examen mettra les choses au point.

Le pronostic de cette affection est complètement bénin ; plusieurs des malades dont nous avons rap-

porté les observations ont été longtemps suivies et l'on n'a constaté de ce côté aucune lésion pouvant, en quoi que ce soit, compromettre le bon état général de ces malades.

TRAITEMENT

Le traitement sera variable et dépendra du degré d'occlusion.

Lorsque l'occlusion est complète, il n'y a lieu d'intervenir que si la rétention des liquides est abondante et provoque des troubles qui vont en s'exagérant.

La ponction donne des résultats immédiats en ce sens qu'elle débarrasse rapidement la partie supérieure du vagin et l'utérus du flux qui les encombre. Mais l'orifice créé par elle ne tardera pas à se fermer et tous les symptômes se reproduiront au bout de quelque temps : il y aura récidive. D'autre part, une infection est à redouter ; dès que la poche aura été vidée de son contenu liquide, elle sera envahie par l'air et par les bacilles qui pourront y pulluler à l'aise et provoquer rapidement un écoulement fétide, justiciable lui-même d'une intervention.

Le meilleur traitement dans tous les cas où le rétrécissement est complet est le débridement au bistouri et l'excision des lambeaux. Les lambeaux muqueux flottant dans le vagin peuvent en effet ne pas s'atrophier, et même lorsqu'ils s'atrophient il

peut rester à leur place une sorte de bourrelet épais.

La suite du traitement ne diffère pas de celui que nous allons exposer à propos des rétrécissements incomplets qui sont les plus fréquents.

Dans les cas où la cloison est incomplète on n'aura pas toujours à recourir à une intervention chirurgicale.

Des soins de propreté, quelques injections astringentes ou antiseptiques suffiront à débarrasser la femme de l'écoulement qu'elle présente.

Dans d'autres cas les pansements à la glycérine donneront les meilleurs résultats. La femme étant dans la position obstétricale, le bassin très relevé et le fond de la cavité vaginale bien mis en relief par le spéculum, on mettra deux ou trois tampons bien imbibés de glycérine que l'on enfoncera aussi profondément que possible et que l'on maintiendra par un autre tampon d'ouate. Ces tampons seront laissés en place pendant une douzaine d'heures et renouvelés au moins trois fois par semaine.

Quelquefois cependant l'écoulement ne cède pas devant ces petits moyens ; il faut alors avoir recours à une intervention chirurgicale ; il faut débrider.

L'anesthésie chloroformique n'est pas de nécessité absolue ; la cocaïne pourra être employée.

Le spéculum sera enfoncé très profondément de façon à distendre les parois du vagin et à bien mettre en relief le fond de la cavité. Pour pratiquer

l'incision il sera utile de se servir du bistouri boutonné.

L'incision devra être double de façon à diviser le diaphragme membraneux en quatre lambeaux qu'il sera facile d'exciser s'il y a lieu. Un bon tamponnement suffira à arrêter la petite hémorragie qui se produira.

Au bout de quarante-huit heures les tampons seront enlevés et un lavage antiseptique sera fait tous les jours. Il faudra continuer le tamponnement afin de maintenir écartées les parois de l'extrémité supérieure du vagin, et quand la cicatrisation sera faite et l'écoulement tari, il sera bon de faire de la dilatation extemporanée soit au moyen du spéculum à larges valves, soit encore à l'aide de dilatateurs vaginaux de diamètre croissant. On évitera ainsi toute récidive.

CONCLUSIONS

1° L'atrésie sénile est une affection de l'âge avancé ; elle forme un groupe tout à fait à part dans les rétrécissements du vagin.

2° Très souvent inaperçue, elle provoque parfois des troubles assez sérieux pour nécessiter de petites interventions ; la plupart du temps cependant un petit traitement médical suffit.

3° La cause de cette atrésie est la sénilité, c'est-à-dire un état particulier de l'organisme résultant de multiples causes pathologiques dont toutes ne sont pas encore connues.

Vu : le Président de la thèse,

RECLUS

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, 1876 et 1885

Dechambre et Lereboullet. — Dictionnaire encyclopédique.

Delbet. — Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus.

Fournier et Crozon. — Annales de dermatologie et syphiligraphie de Paris, 1901.

Létienne (A.). — Presse médicale, 31 janvier 1906.

Lyon (J.-J.) — Thèse de Paris, 1888.

Otto Engström. — Finska Lakaresallskapets Handlingar, 1898.

Pozzi. — Traité de gynécologie, 1890.

Neugebauer. — Abb. cuntribution to knowledge of atresiæ vaginæ, Gazlek Wenzawa, 1866.

Retière. — Thèse de Paris, 1902.

Imprimerie Bonvalot-Jouve, 15, rue Racine, Paris.